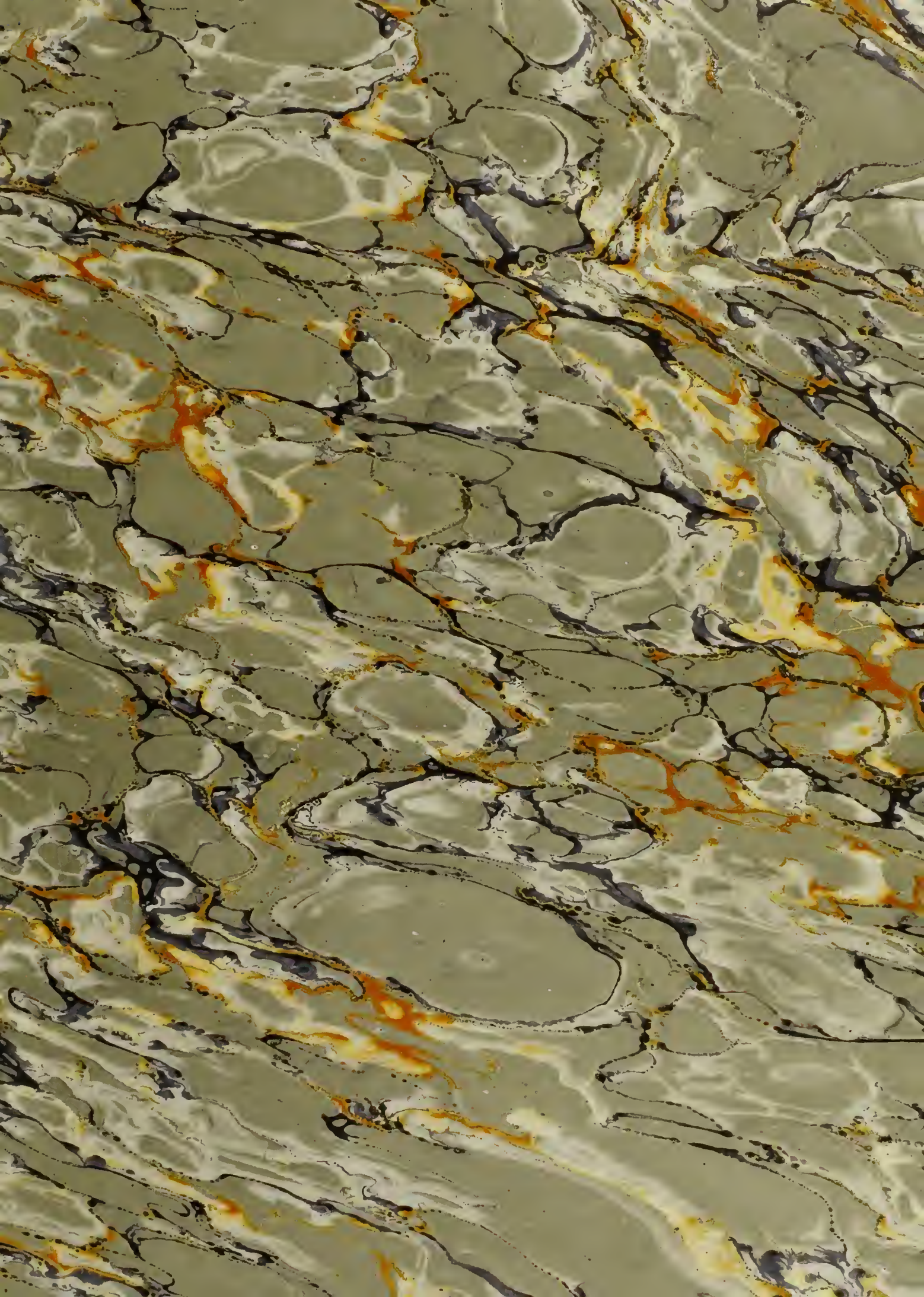


Suff. 59,586/B

Digitized by the Internet Archive
in 2016 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b28746259

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 285.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 22 *décembre* 1841,

Par LÉON-JEAN DE JONCHÈRE-FINOT,

né à Paris.

I. — Des complications de la gangrène.

II. — Du traitement à employer contre les fractures du crâne. Quand convient-il de trépaner?

III. — Du siége du sens du goût. Quels sont les nerfs qui transmettent l'impression des saveurs?

IV. — Comment constater la présence du sang dans l'urine des individus atteints d'hématurie?

(Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.)

PARIS.

IMPRIMERIE ET FONDERIE DE RIGNOUX,

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

Rue des Francs-Bourgeois-Saint-Michel, 8

1841

348630

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, DOYEN.	MM.
Anatomie	BRESCHET.
Physiologie	BÉRARD aîné.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie et Chimie organique	DUMAS.
Hygiène	ROYER-COLLARD.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. GERDY aîné.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. PIORRY.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	BLANDIN.
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU, Président.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. CHOMEL. BOUILLAUD. ROSTAN.
Clinique chirurgicale	ROUX, Examinateur. J. CLOQUET. VELPEAU. .....
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM. BARTH.	MM. LEGROUX.
BAUDRIMONT.	LENOIR, Examinateur.
CAZENAVE.	MAISSIAT.
CHASSAIGNAC.	MALGAIGNE.
COMBETTE.	MARTINS, Examinateur.
DENONVILLIERS.	MIALHE.
J. V. GERDY.	MONNERET.
GOURAUD.	NÉLATON.
HUGUIER.	NONAT.
LARREY.	SESTIER.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON BEAU-PÈRE ET A MA MÈRE.

Hommage filial.

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR.

Amitié.

L.-J. DE JONCHÈRE-FINOT.

QUESTIONS

SUR

DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

I.

Des complications de la gangrène.

Le mot *complication* est un terme scolastique beaucoup plus important pour le théoricien curieux de disserter sur des spéculations métaphysiques médicales, qu'utile au praticien sérieux qui ne cherche dans le langage de la science que la traduction, non-seulement de vérités, quelles qu'elles soient, mais bien de vérités pratiques incontestables. En est-il ainsi du mot complication, qui, depuis quelque temps, semble faire partie de chaque dissertation inaugurale? On va en juger : En *pathologie*, dit M. le professeur Chomel, *on entend par complication le concours ou l'existence simultanée de plusieurs maladies, susceptibles, l'une à l'égard de l'autre, de recevoir ou d'exercer quelque influence.*

En prenant au pied de la lettre cette proposition, je ne me trouverais engagé à rien moins qu'à faire l'histoire de la plupart des maladies aiguës ou chroniques qui peuvent affecter les principaux viscères de l'économie, ou l'économie tout entière. En effet, une pleurésie se déclare chez un individu sain et d'une bonne constitution, et jamais, ou presque jamais, au moins, ainsi que l'a fait observer

M. Louis, cette maladie n'a de terminaison funeste; qu'une pleurésie, au contraire, se manifeste chez un individu affecté de gangrène un peu grave, et cet individu, qui pouvait avoir encore un, deux ou trois mois à vivre, succombera en quelques jours. Ici donc, deux maladies ont reçu et exercé une influence funeste l'une à l'égard de l'autre, puisque, sans la pleurésie, la gangrène aurait eu une terminaison moins promptement funeste, et que, sans la gangrène, la pleurésie aurait presque nécessairement guéri. Ce que je dis de la pleurésie, je pourrais le dire de la pneumonie, je pourrais le dire de l'entérite, et de bien d'autres maladies encore. Faut-il donc croire que l'intention de mes juges ait été de me donner à faire l'histoire de la pleurésie, de la pneumonie, de l'entérite, etc. etc.; évidemment il n'en peut être ainsi. Comment faut-il donc interpréter la question qui m'est échue? En préférant le simple bon sens à la rigueur d'une définition scolastique je dirai qu'il est quelques accidents qui sont surtout à craindre dans la gangrène, accidents importants à connaître, autant par leur gravité que par la puissance que l'art possède quelquefois pour les combattre. Indiquer ces accidents, signaler l'instant où l'on doit les prévoir, les causes qui peuvent en favoriser le développement, et les moyens de les combattre : telle est, je crois, la meilleure manière de comprendre l'esprit de ma question. Boyer, Dupuytren, M. le professeur Marjolin, M. A. Bérard, n'ont pas traité autrement des complications de la gangrène : que craindrions-nous en suivant la route tracée par de tels maîtres?

Parmi les accidents qui peuvent accompagner la gangrène, un des plus redoutables, et à la fois des plus fréquents, est l'hémorrhagie. Cet accident peut survenir, quelle que soit l'espèce de gangrène que l'on observe; mais elle est surtout à redouter dans toutes les gangrènes non spontanées, plutôt que dans les autres : alors elle peut se montrer à des périodes différentes de la maladie, et se produire sous différentes formes: le plus ordinairement, lorsqu'une contusion, par exemple, a désorganisé une partie au point que le retour des propriétés vitales y soit impossible, une inflammation se développe

sur les limites des tissus désorganisés, une suppuration s'établit, et les parties mortes sont, par ce travail éliminatoire, séparées des parties vivantes. Tous les vaisseaux qui ont été compris dans la mortification présentent des solutions de continuité de tout leur calibre, qui donneraient lieu à l'issue du sang, au point d'entraîner nécessairement la mort, si, pendant la période d'élimination dont il a été question, la nature n'avait préparé des conditions anatomiques propres à prévenir ce funeste événement. En effet, par une de ses lois admirables, le même travail (l'inflammation) qui opère la séparation des parties où la vie a cessé a pour résultat la coagulation du sang à l'extrémité des vaisseaux divisés, et par conséquent la formation d'un obstacle le plus souvent insurmontable à l'issue du sang hors de ces vaisseaux. Il n'en est pas toujours ainsi. Cette règle est comme tant d'autres, elle a des exceptions; et, en effet, on voit quelquefois survenir la séparation des parties mortes avant la formation du caillot signalé plus haut : dans ce cas, les vaisseaux sont dans les mêmes conditions, ou à peu près, que dans une plaie résultant d'une amputation. Quelles sont les causes qui, dans ces deux cas si différents, font prendre à la maladie telle marche ou telle autre? Quelles sont les circonstances qui peuvent faire prévoir ces causes? comment peut-on les combattre? Voilà des questions capitales, des questions de vie ou de mort, sur lesquelles la science ne possède le plus souvent que des solutions insuffisantes. Sans avoir la prétention de pouvoir les résoudre d'une manière complète, bien loin de là, je dirai les réflexions que m'ont suggérées les quelques cas de gangrène que j'ai pu observer dans le cours de mes études médicales.

Un état de débilité générale ou locale est une des conditions qui non-seulement favorisent le développement de la gangrène, mais, à la suite de la gangrène, la complication hémorrhagique. Un enfant, affaibli par une diathèse scrofuleuse très-prononcée, éprouve quelques douleurs dans le dos et sous le sternum; à ces phénomènes se joint une petite toux sèche, venant principalement le soir. On craint le développement des tubercules pulmonaires; et, dans l'espoir de

s'opposer à cette terrible complication, on applique des cautères dans les régions sous-claviculaires. A la chute des eschares, les plaies sont saignantes, la quantité de sang qu'elles fournissent est peu considérable (ce n'est presque qu'un suintement sanguin); mais cette hémorrhagie persiste, et suffit, après quelques jours, pour mettre le petit malade dans un état de faiblesse qui trouble toutes les fonctions, et fait craindre un événement fatal. On avait épuisé toute la série des moyens hémostatiques, y compris le fer et le feu, lorsque l'hémorrhagie s'arrêta.

Les hémorrhagies sont sans doute très-fréquentes chez les enfants; cependant il est plus que probable qu'il ne s'en serait pas manifesté chez celui-ci, sans les conditions particulières où il se trouvait. Ce n'est pas seulement chez les enfants que de semblables accidents s'observent: chez des adultes épuisés par des entérites chroniques, le scorbut, par des maladies aiguës même (fièvre typhoïde, variole, etc.), il n'est pas rare de voir survenir, soit spontanément, soit à la suite de vésicatoires, etc., des gangrènes suivies elles-mêmes d'hémorrhagies très-souvent rebelles, et quelquefois mortelles; mais, dans ces cas, la débilité n'est sans doute pas la seule condition pathologique qui favorise le développement de l'hémorrhagie: nous devons donc considérer une autre condition, l'altération du sang. Les travaux récents de M. Andral ont jeté quelque jour sur les altérations du sang qui favorisent la production des hémorrhagies : nul doute que, si ces altérations se rencontrent chez un individu affecté de gangrène, cet individu ne soit, par cela même, plus disposé à la complication hémorrhagique. J'ai parlé de la débilité partielle comme condition favorable au développement de la complication hémorrhagique; on a quelquefois occasion de s'en convaincre. Un individu, dont le membre inférieur était paralysé, et considérablement amaigri par suite de la longue inaction dans laquelle il était plongé, fut affecté d'une brûlure sur ce membre. A la chute de l'eschare, qui n'intéressait que la peau et un peu de tissu cellulaire sous-cutané, il se manifesta une hémorrhagie veineuse qui reparut plusieurs fois, malgré tous les moyens que l'on

put mettre en usage. Le malade succomba, épuisé à la fois par la suppuration, et surtout par les pertes de sang. N'est-il pas infiniment probable que, si la brûlure était survenue sur le membre sain, la réaction vitale aurait été assez puissante pour s'opposer à l'issue du sang hors des vaisseaux ? La nature des tissus influe considérablement sur la production de la complication hémorrhagique : c'est ainsi que la ligature que l'on pratique sur les hémorrhoïdes, dans l'intention de les détruire sans s'exposer à l'hémorrhagie, ne remplit pas toujours le but qu'on se propose, et que l'on voit quelquefois des hémorhagies fort inquiétantes se déclarer à la chute de la portion étranglée.

Une femme portait une tumeur cellulo-fibreuse pédiculée à la grande lèvre droite. On se décida à lier la base de la tumeur au moyen de deux fils embrassant séparément la moitié de cette base. A la chute de la partie gangrenée, une hémorrhagie assez abondante se déclara, et, dans l'espace de trois ou quatre jours, inspira assez de craintes pour qu'on en vînt, après avoir employé les divers moyens hémostatiques, à cinq ou six applications de cautère actuel avant de pouvoir s'en rendre maître. La grande quantité de vaisseaux dans les tissus dont il a été question est probablement ici la cause prédisposante de l'hémorrhagie : c'est par la même raison que les gangrènes de la verge sont très-souvent suivies d'hémorrhagies graves; c'est en partie pour la même raison, en partie à cause de la difficulté de la circulation, que de semblables hémorrhagies s'observent sur les tumeurs variqueuses gangrenées.

Dans le cas suivant, la texture du tissu n'était pas du tout celle dont il a été question, et cependant l'hémorrhagie paraît être due à une prédisposition dépendante de la nature de ce tissu. Un individu portait depuis son enfance une large cicatrice de brûlure, formée par des brides qui gênaient considérablement les mouvements des parties affectées : on pratique de simples incisions, les brides sont disséquées, etc. Deux jours après l'opération, presque toute l'ancienne cicatrice tombe en gangrène, et la surface de la plaie fournit une hé-

morrhagie veineuse, qui met dans le plus grand danger les jours du malade, malgré l'emploi de tous les moyens thérapeutiques savamment dirigés. La cause des accidents observés chez ce malade se trouvait sans doute dans le peu de vitalité que possédaient ces tissus en quelque sorte fibreux. C'est là qu'il faut chercher la cause de la gangrène; là aussi, et à sa suite, celle de l'hémorrhagie, contre laquelle une réaction inflammatoire convenable n'avait pas pu se développer, précisément parce qu'une vitalité suffisante manquait.

Si l'interprétation des faits que nous avons mentionnés est vraie, ce que le temps seul pourra nous apprendre, il ressortira de là, à ce qu'il nous semble, un enseignement d'une haute utilité pratique; cet enseignement peut être résumé dans les deux propositions suivantes :

1° Toutes les fois que la gangrène surviendra chez un individu qui se trouvera dans l'une des conditions indiquées, on devra craindre la complication hémorrhagique, et se tenir prêt à la combattre.

2° Toutes les fois qu'un individu se rencontrera dans une des conditions ci-dessus indiquées, on devra éviter d'employer des moyens thérapeutiques qui consistent à produire une gangrène (moxas, cautères, etc.), ou qui peuvent y exposer (vésicatoires, etc.), et l'on ne devra se décider, chez cet individu, à pratiquer une opération sanglante, qu'autant que de graves indications se présenteront au praticien.

Ces préceptes pourraient sans doute être exposés d'une manière beaucoup plus détaillée; mais j'espère qu'ils suffiront à ceux qui voudront se donner la peine de méditer, comme ils le méritent, le peu de faits que nous avons rapportés, et auxquels il ne nous aurait pas été difficile d'en ajouter un assez grand nombre d'autres semblables.

Nécessaire au travail d'élimination, et, par conséquent, suite indispensable de la gangrène, lorsque celle-ci doit se terminer par la guérison, l'inflammation peut être portée au point de nuire à cette guérison, qu'elle paraissait destinée à produire, et peut devenir alors une véritable complication. Cette complication, aussi grave, et peut-être plus fréquente encore que la précédente, n'est pas toujours plus facile à prévoir, ni plus facile à prévenir : à cet égard nous ne sommes pas

en mesure d'apporter des faits qui puissent beaucoup éclairer ce que son histoire offre encore d'obscur. Nous devons donc nous borner à mentionner cette complication, et à rappeler les moyens que tous les grands praticiens ont conseillés pour la combattre; moyens qu'il est inutile d'énumérer ici, puisqu'ils ne diffèrent pas de ceux qu'on emploie dans toute autre espèce de phlegmasie. Nous avons à ajouter seulement que, dans toute gangrène qui ne sera pas de cause externe, on devra être sobre d'évacuations sanguines, malgré l'exemple et les préceptes du célèbre Dupuytren, qui se félicitait d'avoir guéri un grand nombre de gangrènes spontanées par les antiphlogistiques. Il ne serait pas difficile d'opposer à ses observations des observations contradictoires au moins aussi concluantes, et surtout beaucoup plus nombreuses. Ainsi donc, que le praticien consulte bien la science des indications avant de recourir à cette médication, et surtout avant de l'employer avec une vigueur *physiologique*.

Telles sont les deux maladies qui me paraissent, à proprement parler, pouvoir former les complications de la gangrène; les autres, dans la question qui m'occupe, sont ou trop peu importantes ou trop indépendantes de la gangrène elle-même, pour que je croie avoir à m'en occuper ici.

II.

Du traitement à employer contre les fractures du crâne. Quand convient-il de trépaner?

Quel est le traitement des fractures du crâne? Pour le décrire, je diviserai les fractures du crâne en fractures simples d'abord: j'appellerai ainsi celles qui ne sont pas suivies d'accidents cérébraux consécutifs, et composées, celles qui sont suivies d'encéphalite traumatique.

Dans les fractures du crâne il peut survenir consécutivement des accidents, accidents qui peuvent appartenir soit aux fractures simples, soit aux fractures composées.

La table externe de l'os peut seule être fracturée. La fracture occupe toute l'épaisseur de l'os, avec ou sans écartement des bords: dans ce dernier cas, c'est une fêlure ou fissure ; la solution de continuité existe à peine.

Ces deux fractures peuvent être produites par contre-coup : ces fractures sont les moins grave (j'excepte toutefois celle qui occupe toute l'épaisseur de l'os avec écartement de ses bords), à moins qu'elles ne soient produites par un corps contondant. Le corps contondant écrase le diploé, du sang s'infiltre; il peut survenir soit une suppuration, soit une exfoliation des parois du crâne. Ces fractures sont toujours compliquées de contusions soit aux os, soit aux parties molles. Il y a eu des vaisseaux divisés en dedans ou en dehors de l'os, le périerâne a été atteint ou décollé, la plaie est avec ou sans lambeau, le lambeau adhère en un ou plusieurs points, etc. Le siége de la fracture étant constaté, quel traitement employer? Le traitement antiphlogistique. S'il y a des vaisseaux de divisés en dehors, on évitera, autant que faire se pourra, leur ligature toujours difficile, en raison du peu d'extensibilité des parois molles du crâne. On exercera une compression sur la branche artérielle ou sur le tronc lui-même, à une distance aussi éloignée que possible de la plaie. Si la plaie est sans lambeau, on se comportera comme pour une plaie simple. Après avoir étanché, lavé, etc., on la réunira par première intention. Si la plaie est avec lambeau, on réunira encore, comme si la plaie était produite par un instrument tranchant : les points de ce lambeau peu contus adhéreront; ceux qui le seront davantage suppureront. On doit toujours en tenter la réunion. On la fera au moyen de bandelettes agglutinatives. On évitera toujours les points de suture, trop souvent noyau d'inflammation dans des parties déjà si disposées à s'enflammer, quoique souvent les points de suture soient indispensables dans les cas, par exemple, où le lambeau se trouve détaché de haut en bas. On sou-

mettra le malade au repos, à une diète sévère; on lui pratiquera une ou plusieurs saignées du bras; des sangsues derrière les oreilles, si le sujet est faible, et ailleurs, comme moyens révulsifs. On surveillera attentivement l'état du pouls; on se basera sur sa force pour répéter les émissions sanguines, quelques dérivatifs sur le tube digestif, des bains de pieds, des cataplasmes sinapisés, des lavements laxatifs, une décoction légère de pulpe de tamarin, de casse, etc. etc. Tels sont les moyens usités dans les cas de fracture simple du crâne: ces moyens suffisent généralement lorsque la fracture est directe, qu'elle a lieu sur un point de la boîte osseuse, où ses parois sont plus minces, quand l'effort qui l'a produite a perdu de sa force par le peu de résistance qui lui a été offerte, quand elle ne se complique pas d'accidents cérébraux. Ce traitement suffit ou peut suffire pour prévenir les accidents consécutifs.

Le traitement des fractures comminutives ne diffère en cela, que parce qu'il doit être plus énergique. Le corps qui a agi a déployé une puissance plus grande, son action s'est prolongée suivant son volume et sa forme; il a pu agir sur une surface plus ou moins étendue du crâne. De là, extension plus ou moins grande de la fracture. Elle peut se borner à l'os frappé, ou s'étendre aux os qui l'environnent : dans le premier cas, la force du corps qui a agi s'est épuisée sur l'os lui-même; l'inflammation qui surviendra ou pourra survenir peut plus facilement se localiser; il pourra n'y avoir qu'un foyer de suppuration. Cette fracture, au contraire, a envahi plusieurs points de la voûte crânienne, elle suit des branches plus ou moins tortueuses, elle se porte d'un os à l'autre; le coup a été tel qu'il y a contusion de la pulpe cérébrale. Tout alors est à craindre. Ebranlement du cerveau, épanchements sanguins considérables, foyer très-étendu, suppuration disséminée, etc. Est-ce ici le cas d'appliquer le trépan comme moyen préventif, ou plutôt comme seul espoir de salut? Combien de couronnes faudrait-il appliquer? Ces deux cas n'indiquent ni l'un ni l'autre (fracture avec épanchement limité unique, fracture avec épanchements disséminés) l'emploi du trépan; l'une, je dirai presque en raison de sa gravité

moindre, l'autre, en raison de sa trop grande gravité. Employer ici un traitement antiphlogistique sévère, énergique, après, comme le veut Dupuytren, que le pouls s'est relevé, que les fonctions se sont un peu rétablies, que la commotion a cessé. Agir vivement, suivant la méthode de Desault, sur le tube digestif, donner le tartre stibié en lavage; il en obtenait, dit-on, par ce moyen, des succès inespérés, même à la dernière période, et favorisait ainsi la résorption de l'épanchement. L'inflammation ne suit pas immédiatement la commotion; elle n'arrive quelquefois que fort tard, souvent à l'époque où le malade se croit guéri. C'est le plus terrible accident des plaies de tête. Elle survient quelquefois le dixième, le quinzième, et même le quarantième jour. Les anciens allaient plus loin : « Toutefois, dit Paré, tu noteras que les anciens ont écrit ce qu'on voit souvent par expérience, que les fractures du crâne ne sont hors du péril jusques à cent jours après la blessure; surtout, fais avec ton patient bon guet, tant en son boire, manger, repos, coït, et autres choses. » Le malade accuse de nouvelles douleurs au point frappé du crâne; ces douleurs s'étendent à toute la tête. La céphalalgie devient violente, excessive; des vomissements, de l'exaltation des facultés intellectuelles, du délire, puis de la stupeur, etc. etc. Telle est l'encéphalite traumatique apparaissant d'une manière si subite et imprévue, longtemps après la blessure du crâne, apparaissant aussi souvent immédiatement après la commotion. Soit que l'on ait pour but de la prévenir ou de la combattre, il faut frapper sans hésiter, d'une manière énergique; il faut l'enrayer dans sa marche, la jugular; et cette expression de M. le professeur Bouillaud indique parfaitement ici toute la vigueur de la pensée. Dans presque tous les cas, il faut verser copieusement du sang : tous les praticiens sont d'accord sur ce point. Faut-il saigner coup sur coup, et tirer moins de sang à la fois, comme le veut M. le professeur Bouillaud ? Faut-il faire plutôt des saignées abondantes que multipliées, comme le voulait A. Paré, qui tira vingt-sept palettes de sang dans une encéphalite avec érysipèle, comme le faisait J.-L. Petit ? Peut-on, comme l'indique M. Gama, employer les saignées permanentes ?

J.-L. Petit dit que les saignées brusques sont absolument nécessaires, surtout dans les deux premiers jours. Quoi qu'il en soit de toutes ces méthodes, qui toutes comptent des succès, la première et la plus puissante indication est celle de tirer du sang, et d'en tirer abondamment. Qu'on se rappelle qu'en pareille circonstance l'hésitation est coupable : c'est à une septième saignée, malgré l'opposition de ceux qui le soignaient, de concert avec lui, que J.-L. Petit sauva ce jeune seigneur qui fit une chute de cheval (Supplément au t. 3, page 84).

Je rappellerai ici comment M. Gama établit les saignées permanentes.

« Quand il y a plaie, et qu'on a réuni, placer entre les intervalles des bandelettes vingt ou trente sangsues, selon la gravité des symptômes, et les remplacer par d'autres à mesure que l'écoulement qu'elles procurent diminue. Cette succession d'application doit durer deux, quatre, six jours, même plus, si la persistance des accidents l'exige.. La faiblesse qui suit d'abondantes saignées capillaires ne doit pas être redoutée, parce que les malades s'en relèvent aisément, tandis que l'encéphalite peut les frapper de mort. Lorsqu'on juge convenable de modérer l'écoulement, il faut diminuer le nombre des sangsues par tiers, jusqu'à ce qu'on arrive à interrompre leur application. Ce premier intervalle sera de vingt-quatre heures, puis on éloignera davantage ou on rapprochera les déplétions jusqu'à ce que les probabilités de la guérison soient assez nombreuses pour ne laisser concevoir aucune crainte de rechute. »

« Ainsi conduit, ce traitement dure souvent huit, dix, ou un plus grand nombre de jours, pendant lesquels le point important est que la saignée, continuelle dans le principe, puis répétée à des intervalles inégaux, calme incessamment les symptômes, et dissipe l'irritation des parties ; ce n'est que par une lente gradation d'effets qu'elle procure complétement la résolution de l'encéphalite » (Gama, *Plaies de tête*, p. 565).

Aux émissions sanguines on joindra les décoctions légères de pulpes

de casse, de tamarin, etc., les dérivatifs sur le tube intestinal, les lavements simples, huileux, laxatifs, les bains de pied sinapisés, les sinapismes et frictions sur les extrémités, les vésicatoires à la nuque, aux membres, l'emploi des réfrigérants. Ce moyen ne sera mis en usage qu'après plusieurs saignées, encore faudra-t-il en surveiller attentivement l'effet. La réaction qui suit ce mieux sensible qu'il procure est souvent très-grave, et pour la combattre il faut de nouveau recourir à la phlébotomie.

Quand convient-il de trépaner?

1° On doit employer le trépan dans les plaies de tête avec contusion des os, fracture sans déplacement, avec ou sans esquilles, décollement du péricrâne et de la dure-mère.

Est-il possible, dans ce cas, de diagnostiquer le décollement de la dure-mère? Il n'y aurait qu'un épanchement entre la dure-mère et les parois du crâne qui pourrait, à la rigueur, le faire admettre; encore cet épanchement donnerait lieu à une compression dont le diagnostic est déjà assez difficile, et dont la cause pourrait tenir à un épanchement dont le siége serait différent. Cette proposition se rapproche de la proposition n° 5, où le trépan doit être appliqué dans les cas de compression par épanchement.

2° Dans la nécrose étendue, pour donner issue au séquestre. Dans ce cas, il faut attendre que l'os de nouvelle formation soit assez résistant pour supporter l'effort de l'opérateur. Le nombre des couronnes de trépan sera en raison de l'étendue de la nécrose. Le trépan ne sera appliqué que lorsque le séquestre sera mobile.

3° Dans les fractures avec enfoncement, à moins que la dépression ne soit très-légère, et n'entraîne aucun symptôme de compression. Cependant, dans certaines circonstances, on peut éviter le trépan, quand on peut, au moyen d'un levier, soulever le fragment déprimé.

4° Lorsqu'un corps étranger, situé soit dans l'intérieur du crâne, soit dans ses parois, sera placé de manière à pouvoir être atteint.

5° Dans tous les cas de compression dont la cause dépend soit d'épanchement sanguin ou de tout autre nature, soit de la présence de corps étrangers, ou bien d'enfoncement des parois du crâne.

6° Dans la contusion du cerveau accompagnée de suppuration, l'ouverture pratiquée aux parois du crâne sera destinée à donner issue au pus.

7° Dans les cas de douleur fixe et persistante sur un point du crâne anciennement blessé.

8° Dans les cas aussi où des accidents convulsifs, nerveux ou épileptiques, qu'on ne pourrait rattacher qu'à une plaie déjà ancienne du crâne, viendraient à se manifester.

9° Dans les fongus de la dure-mère, soit qu'on en veuille faire l'extraction, soit qu'on veuille enlever les pointes osseuses qui irritent la tumeur fongueuse, en passant à travers les parois du crâne qu'elles auraient perforées.

III.

Du siége du sens du goût. Quels sont les nerfs qui transmettent l'impression des saveurs?

La langue forme principalement l'appareil de la gustation chez l'homme et les animaux : en est-elle toutefois l'organe essentiel? jouit-elle seule de la faculté de nous faire percevoir les saveurs? partage-t-elle cette propriété avec quelques-unes des parties de la cavité buccale, ou la plupart de ces parties constituent-elles dans leur ensemble cet appareil de la gustation? Boerhaave, Leuwenhoeck et Duverney, lui accordaient cette propriété exclusive. Des expériences ingénieuses faites depuis ont démontré qu'elle ne jouissait pas entièrement de cette faculté, que quelques-unes de ses parties la possé-

daient à un plus haut degré, et qu'elle en était privée en quelques points. On citait, pour réfuter leur opinion, des exemples de mutilation de la langue, des cas d'absence congénitale de cet organe, avec persévérance du goût (de Jussieu, Académie des sciences, 1718). Toutefois la langue jouit à un plus haut degré que les autres parties de la cavité buccale de la faculté de nous faire percevoir les saveurs, sans jouir d'une sensibilité égale dans toute son étendue.

Des expériences récentes sur cette partie de la physiologie ont amené des résultats plus précis. On a trouvé que le nombre des parties de la bouche admises comme siége du sens du goût chez l'homme avaient une étendue trop peu limitée : on en a restreint le nombre. MM. Guyot et Admirauld, voulant apprécier le degré de sensibilité de chaque partie isolée de la cavité buccale, ont, dans leurs expériences ingénieuses, évité les difficultés nombreuses que ce genre d'essais entraînait : il s'agissait de séparer une à une toutes les parties de la bouche pour en percevoir la sensibilité. Ils ont isolé d'abord des parties environnantes l'extrémité antérieure de la langue, en l'engageant dans un sac de parchemin très-souple et mouillé; ils ont ensuite appliqué aux lèvres, à la partie antérieure de la face interne des joues et de la voûte palatine, des substances sapides.

Aucune saveur ne fut perçue. Ils recouvrirent la langue d'un sac semblable, mais dans une plus grande étendue; ils observèrent que la substance sapide, mise pendant le mouvement de la déglutition en contact avec tous les points de la voûte palatine et du palais, n'est sentie que vers la partie postérieure seulement. Ils expérimentèrent ainsi toutes les parties de la bouche, soit en les recouvrant d'un sac de parchemin ramolli, soit en se servant d'une petite tige de métal, à l'extrémité de laquelle était fixée une substance sapide.

Après des expériences variées et répétées un grand nombre de fois avec des substances diverses et sapides, MM. Guyot et Admirauld ont amené pour résultat que :

1° Les lèvres, la partie interne des joues, la voûte palatine, sont complétement étrangères à l'impression des saveurs;

2° Le pharynx ne paraît point y participer;

3° Le voile du palais n'y concourt que par une petite surface sans limites précises, allongée transversalement, commençant à peu près à une ligne au-dessous de son insertion à la voûte palatine, ne descendant point jusqu'à la base de la luette, dont elle est éloignée de trois ou quatre lignes, se prolongeant et se perdant insensiblement sur les côtés;

4° La langue ne jouit de cette propriété que dans sa partie postérieure et profonde au delà du trou borgne, et sur toute la circonférence, dont la sensibilité s'étend un peu plus loin à sa face postérieure, surtout vers sa pointe, qu'à sa face inférieure;

5° La partie inférieure de la langue et toute sa face dorsale sont incapables de percevoir les saveurs (*Rapport sur le mémoire sur le siége du goût chez l'homme*, — *Journal hebdomadaire de médecine*, septembre 1830, in-8°).

M. Vernière avait fait des recherches semblables (*Sur le sens du goût*, — *Journal des progrès*, 1837, t. 3 et 4).

Touchant successivement les diverses parties de la bouche avec une petite éponge fixée à l'extrémité d'une tige de baleine, et pénétrée de la substance sapide, il avait admis que :

1° La langue, toujours sensible aux saveurs les plus légères vers sa pointe, sur ses bords, à sa base dans une grande étendue, était toujours insensible sur sa partie moyenne;

2° La membrane du palais est dépourvue de toute sensibilité jusqu'à la naissance du voile;

3° La luette, la membrane qui tapisse les os maxillaires, les gencives, les joues, et les lèvres, étaient aussi privées de toute sensibilité.

Il admet une vive sensibilité aux saveurs à la face inférieure de la langue, sur les piliers du voile du palais et les amygdales, sur la surface nasale du voile du palais comme sur la surface palatine, dans toute l'étendue du pharynx, même dans sa partie supérieure qui n'est que pour un instant en contact avec les aliments, et jusque près de l'œsophage.

Ses expériences ont été depuis, comme on le voit, contredites par celles de MM. Guyot et Admirauld. On est allé plus loin encore; on a voulu prétendre que la muqueuse de l'estomac était douée de la propriété gustative, et on se fondait sur cette expérience : on injectait du bouillon dans l'estomac au moyen d'une sonde, la sensation était perçue. Cette sensation éprouvée était évidemment produite par les vapeurs, qui, s'élevant de l'estomac, affectaient particulièrement l'odorat.

Ce sens est encore celui qui nous transmet les sensations produites, lorsque du camphre, du musc, etc., introduits dans l'économie ailleurs que par la bouche et le pharynx, en raison de leur diffusibilité, s'échappent des surfaces exhalantes de ces parties.

Lorsqu'un corps sapide, disent MM. Guyot et Admirauld, est introduit dans la cavité buccale, si l'on n'y fait pas une grande attention, l'impression semble perçue par toutes les parties indistinctement; mais, en analysant le phénomène avec plus de soin, on reconnaît une coïncidence, un concours d'action, qui rendent complétement raison de cette illusion. Ainsi le voisinage de la langue, la rapidité avec laquelle elle glisse presque instinctivement entre les lèvres avancées pour déguster, ont dû nécessairement faire regarder ces organes comme destinés à pressentir les saveurs. La situation non moins favorable de la surface interne des joues, relativement aux bords de la langue, leur contraction, qui exprime sur ces bords le suc des aliments, et augmente par là l'intensité de la saveur, ont dû aussi leur faire attribuer une partie de la sensation. Enfin, la saveur des aliments semble doublée par leur pression contre la voûte palatine, parce qu'alors les sucs exprimés inondent de toutes parts la circonférence de la langue, et sont portés, par un commencement de déglutition, sur le point sensible du voile du palais. C'est aussi vers ce point que les gourmets maintiennent, par un mécanisme tout particulier, les liquides dont ils veulent apprécier la qualité.

Haller et Blumenbach ont dit que l'organe du goût, et surtout les papilles de la langue, se gonflaient et entraient dans une sorte d'érec-

tion, sous l'influence des corps sapides, et que cet état de l'organe, qui augmentait l'étendue de ses points de contact était pour beaucoup dans la sensation. Il paraît assez bien prouvé que toute la partie de la langue garnie de papilles est insensible à la perception des saveurs.

Il existe encore un rapport bien immédiat entre les organes destinés à nous rendre compte des saveurs, les organes de la préhension, de la mastication et de la déglutition. Je rappellerai ici l'explication donnée par MM. Guyot et Admirauld.

La pointe mobile de la langue est là tout près pour palper les substances saisies par les lèvres; la substance amenée entre les arcades dentaires est écrasée par elles, et ses parties tombent mêlées à la salive en dedans et en dehors de ces arcades. La première partie est immédiatement reçue par les bords de la langue, et entretient la sensation pendant tout le temps que dure la mastication : lorsqu'elle a cessé, la seconde partie est rejetée sur ces bords par la contraction des joues, et produit une sensation semblable. Toutes les portions ensuite réduites en pulpe, réunies sur la face dorsale de la langue, sont pressées contre la voûte palatine par cet organe, et les sucs exprimés vont se rendre sur ses bords. En dernier lieu, le bol alimentaire, poussé vers l'arrière-bouche, se trouve d'abord pressé par la partie sensible du voile du palais, et glisse ensuite sur la base de la langue, où il produit une sensation très-vive, augmentée encore par l'odeur qui, presque toujours, s'exhale des aliments.

Il existe encore un rapport intime entre l'odorat, les propriétés tactiles des parties de la bouche, et les propriétés gustatives. Ce rapport est d'une importance réelle : l'absence de l'odorat, sa diminution, expliquent très-bien le plus ou moins de saveur des aliments. L'analyse de ces sensations complexes a été faite par M. Chevreul (*des Différentes manières dont les corps agissent sur l'organe du goût, — Journal de physiologie* de M. Magendie, 1824, t. 4, p. 127).

Suivant ce professeur, il existe quatre classes de corps, d'après les sensations qu'ils produisent :

1° Des corps qui n'agissent que sur le tact de la langue : le cristal de roche, le saphir, la glace...

2° Des corps qui n'agissent que sur le tact de la langue et sur l'odorat : les métaux odorants, l'étain, par exemple.

3° Des corps qui agissent sur le tact de la langue et sur le goût : le sucre candi, le chlorure de sodium pur.

4° Des corps qui agissent sur le tact de la langue, sur le goût et sur l'odorat : les huiles volatiles.

M. Vernière a poursuivi ce travail ; il a eu pour but de prouver que les impressions d'âcreté, d'irritation, d'astringence, confondues jusqu'alors avec les saveurs, en différaient essentiellement, et devaient en être distinguées. Il existe, dit-il, une grande différence entre les impressions sapides et les impressions tactiles : les unes sont ressenties sur la membrane muqueuse qui goûte ; les autres, sur toute la surface de la bouche. Pour M. Vernière, la muqueuse de la bouche, en outre qu'elle est l'organe du goût, est aussi l'organe d'un toucher parfait. Ces deux sensations sont liées étroitement entre elles, puisque les parties qui jouissent d'un goût plus vif sont aussi douées d'un toucher plus délicat (M. Vernière).

M. B.-F. Wing, dans le but de déterminer quelles sont les impressions qui appartiennent au goût et à l'odorat, a publié quelques expériences (*The american Journal*, 1836, n° 32, et *Archives gén. de méd.*, 1836, numéro de septembre). Il appliqua diverses substances sur la langue d'individus dont les narines étaient fermées : de la teinture de quinquina, une dissolution de sucre, de la poudre de colombo. Le premier sujet de l'expérience faite avec la teinture de quinquina prononça que c'était du laudanum, après n'avoir ressenti que de l'amertume. Celui qui prit de la poudre de colombo perçut une substance amère, sans donner idée de sa saveur spéciale. Enfin, la dissolution de sucre, donnée quelque temps après à la personne qui avait pris de la teinture de quinquina, produisit chez elle une saveur douce, dont elle ne put se rendre compte.

M. Wing conclut de là que la langue procure la sensation du doux

et de l'amer, et que le fumet propre à chaque substance sapide nous est donné par l'odorat. En résumé :

1° Le sens du goût a son siége dans la partie postérieure et profonde de la langue, au delà du trou borgne, et sur toute sa circonférence, dont la sensibilité s'étend un peu plus loin, à sa face supérieure, surtout vers sa pointe, qu'à sa face inférieure.

2° Dans le voile du palais, seulement dans une petite surface sans limites précises, allongée transversalement, commençant à peu près à une ligne au-dessous de son insertion à la voûte palatine, ne descendant point jusqu'à la base de la luette, dont elle est éloignée de trois ou quatre lignes, se prolongeant et se perdant insensiblement sur les côtés (*Expériences de MM. Guyot et Admirauld*).

Je dirai un mot des autres organes contenus dans l'intérieur de la cavité buccale, les follicules ou cryptes muqueux variés ou nombreux de ces parties, les papilles fongiformes de la base de la langue, les tonsilles et les glandes salivaires. Tous ces organes étrangers, dans le but de déterminer le siége du sens du goût, ne nous rendant compte nullement de l'impression des saveurs, sont toutefois les auxiliaires de la gustation. Le sens de l'odorat allié au sens du goût, d'après les expériences de M. Wing, contribue pour sa part puissamment à nous donner l'impression d'une substance sapide. Je dirai, pour terminer, que le sens du goût est d'autant plus délicat, que les organes qui lui servent d'auxiliaires sont à l'état normal, que, quoiqu'il ait son siége précis, il a besoin du concours entier des organes voisins; tant la nature a mis de rapprochement dans leurs fonctions!...

Quels sont les nerfs qui transmettent l'impression des saveurs?

Après avoir précisé, limité le siége du sens du goût, après lui avoir assigné certaines parties de la cavité buccale, on doit nécessairement se poser cette question : Le sens du goût a-t il, comme le sens de l'ouïe, de la vue et de l'odorat, des nerfs spéciaux dont l'action lui soit propre? Si l'on s'en rapporte exclusivement, avant que de

nouveaux faits les aient confirmées, aux expériences de M. le professeur Panizza, on peut répondre tout d'abord par l'affirmative. Qu'il me soit permis de les citer.

L'excision du nerf grand hypoglosse détruit immédiatement et entièrement les mouvements de la langue : cet organe conserve le goût et la sensibilité. Pique-t-on ce nerf, on détermine en lui des mouvements convulsifs.

L'excision d'une portion de chaque nerf lingual amène la perte complète de la sensibilité de la langue : le mouvement et le goût restent intacts. L'animal sujet de l'expérience mange et boit avec plaisir ce qu'on lui offre, et rejette les aliments mêlés d'assez de coloquinte ou de quassia pour les rendre amers. Il manifeste la même répugnance si l'on applique le liquide amer sur un point circonscrit du dos de la langue ; il reste insensible aux piqûres, coupures et brûlures de cet organe.

Si l'on divise à la fois les nerfs hypoglosse et les branches linguales, la langue est privée et de mouvement et de sensibilité ; le goût reste intact : même répugnance de l'animal pour les liquides amers.

L'excision d'une partie des nerfs glosso-pharyngiens amène la perte totale du goût, et laisse à la langue ses mouvements et sa sensibilité ; l'animal mange avec la même avidité la viande imbibée de la substance amère et celle qui ne l'est pas. L'irritation de ces nerfs ne détermine ni douleurs, ni mouvements convulsifs de la langue (*Richerche sperimentali sopra i nervi;* Pavie, 1834, in-8°).

Ces faits sont bien concluants, les résultats en sont tranchés ; cependant de nouvelles expériences sont nécessaires pour les confirmer. En admettant à tous trois un ordre de fonctions spéciales particulier, ne pourrait-on pas croire que c'est dans le concours de deux de ces nerfs au moins que réside la propriété de transmettre les saveurs? L'excision de l'un d'eux (le lingual, par exemple), ne détruisant pas les mouvements de la langue, laisse-t-elle subsister le goût dans son même état d'intégrité ? Comment comprendra-t-on la faculté gustative, d'après M. Vernière, dans l'extrémité de la langue, qui ne reçoit de filets

nerveux que du lingual, si le nerf glosso-pharyngien est seul et exclusivement affecté à la gustation ? Comment comprendra-t-on que cette même faculté gustative n'existe pas dans la membrane muqueuse du pharynx, dans celle des piliers du voile du palais, faculté qui leur a été refusée d'une manière si judicieuse par MM. Guyot et Admirauld, quand on sait que, dans ces membranes, se distribue le nerf glosso-pharyngien ? Comment la comprendra-t-on, enfin, à la base de la langue, qui ne reçoit aussi des filets que du glosso-pharyngien ?

Quelques expériences de MM. Ch. Bell et Magendie sur les nerfs de la cinquième paire accordent au nerf lingual la fonction de la dégustation. Colombo cite un exemple d'absence congénitale du goût, chez un sujet dont le rameau lingual se rendait à l'occipital et non à la langue (*de Re anatomica,* p. 486 ; Paris, 1752).

La base de la langue et la partie du voile du palais qui jouissent à un si haut degré de la faculté gustative (MM. Guyot et Admirauld) ne reçoivent pas de filets du lingual.

M. Magendie ajoute que la section du nerf lingual, qui laisse subsister la liberté des mouvements de la langue, lui fait perdre sa faculté d'être sensible aux saveurs, mais que le palais, les gencives, la face interne des joues, conservent leur sensibilité. « Si, dit-il, la section de la cinquième paire est faite dans le crâne, la faculté de reconnaître les saveurs est complétement abolie pour toute espèce de substances, même les plus âcres et les plus caustiques, dans la langue, les lèvres, les joues, les dents, les gencives et le palais (*Précis élémentaire de physiologie,* t. 1, 1833).

M. Vernière, en raison de la distribution de ses filets nerveux, regarde le glosso-pharyngien comme le nerf de la gustation, accordant toutefois au nerf lingual une participation, un rôle secondaire, dans cette propriété.

Je terminerai ma question en rapportant un fait publié dans la *Gazette médicale* de Londres, reproduit dans l'*Encyclographie des sciences médicales*, 1836, 1re livraison, à l'appui de quelques-unes des expériences de M. Panizza.

Une femme affectée d'amaurose, et de la perte de la sensibilité du côté gauche dans toutes les parties qui reçoivent les branches de la cinquième paire, le mouvement volontaire restant intact, avait conservé le goût dans la moitié gauche de la langue, quoique la sensibilité y eût cessé. Cette femme, insensible aux impressions du tact ordinaire, de la douleur, de la chaleur et du froid, percevait toutes les impressions du goût sur la moitié malade comme sur la moitié saine de la langue.

Maintenant, si nous consultons le siége du goût, nous voyons qu'il réside non-seulement dans les parties de la langue et du pharynx où se distribue le nerf glosso-pharyngien, mais encore sur les parties latérales et vers la pointe, parties qui ne reçoivent de rameaux que du nerf lingual. On est porté à conclure que le glosso-pharyngien et le lingual sont les nerfs de la gustation. Entre eux deux, s'il fallait prendre un nerf spécial, on choisirait, sans hésiter, le glosso-pharyngien. Et, en effet, la sensibilité gustative a plus d'énergie et beaucoup plus d'étendue dans les points où ce nerf se distribue; le nerf lingual, au contraire, ne fournit qu'à une très-petite étendue de la langue jouissant de cette propriété gustative, et se distribue à beaucoup d'autres parties qui ne jouissent pas de cette même propriété.

IV.

Comment constater la présence du sang dans l'urine des individus atteints d'hématurie?

Le sang peut se présenter dans les urines sous divers états qui rendent aussi différents les procédés que l'on doit mettre en usage pour en constater la présence.

1° Le sang se présente en caillots rouges, ou bien encore il est

liquide, mais en quantité si grande, qu'il forme presque la totalité du liquide rendu par l'urèthre. On conçoit que, dans ces cas, la simple inspection suffit pour acquérir la certitude de sa présence dans les urines.

2° Quelquefois, lorsqu'il séjourne pendant quelque temps dans les voies urinaires, il se présente en caillots fibrineux, jaunâtres; mais la structure de ces caillots ne laisse pas longtemps de doute sur leur nature, et non-seulement, dans ces cas, on peut facilement reconnaître leur nature, mais encore, le plus souvent, on peut savoir le lieu où ils se sont formés. On sait, en effet, que, lorsqu'ils se forment dans les uretères, ils ont la forme de petits cylindres, tandis qu'ils sont amorphes lorsqu'ils ont pris naissance dans la vessie.

3° Lorsque le sang sera en petite quantité dans l'urine, les procédés pour le découvrir seront un peu plus délicats, et d'autant plus que sa quantité sera plus petite. Pour ne pas faire de redites, je supposerai que la quantité en soit assez faible pour que la couleur de l'urine soit à peine modifiée; dans ce cas, on devra recourir aux procédés suivants :

1° L'inspection peut faire reconnaître une légère teinte plus ou moins prononcée des urines; mais, comme cette coloration pourrait, selon quelques auteurs, appartenir à d'autres causes qu'à l'altération par le sang, ce caractère ne sera pas suffisant.

2° L'urine contenant du sang est rendue alcaline, ou le devient très-promptement, si elle ne l'est pas lors de l'excrétion.

3° Elle forme un dépôt rougeâtre plus ou moins considérable dans lequel,

4° Par l'examen microscopique, on reconnaît des globules sanguins, soit sans altération, ou plus souvent encore avec altération, légèrement décolorés, moins nettement limités, et comme déchiquetés à leur circonférence. Ces globules se reconnaissent également, et mieux encore, dans une goutte d'urine, avant la formation du dépôt.

5° L'urine sanguinolente se trouble par la chaleur, et précipite par l'acide nitrique.

Enfin, à ces caractères déjà bien suffisants on pourrait ajouter une autre série de réactions chimiques qui ne permettraient pas le moindre doute, si toutefois il pouvait exister après les expériences précédentes.

C'est ainsi qu'après avoir filtré l'urine encore chaude, on aurait :

Avec l'éther, un coagulum gris rosâtre, qui reste pour la plus grande partie *en suspension dans la couche éthérée ;*

Avec l'acide sulfhydrique, une couleur *verdâtre ;*

Avec l'ammoniaque, pas de changement, ou un changement *à peine sensible ;*

Avec le chlore, *coloration verte ;* si le chlore est en excès, *décoloration.*

Toutes ces réactions indiquent la présence du sang dans le liquide, et le distinguent de quelques autres substances qui pourraient donner à l'urine une couleur plus ou moins semblable à celle qu'elle acquiert par son mélange avec lui (garance, cochenille, bois de Brésil, etc.) (voy. Chevallier, *Moyen de reconnaître les taches de sang*).

PROPOSITIONS.

I.

Les lambeaux, dans les plaies de tête, ont beaucoup moins de tendance à se gangrener que ceux de toute autre partie du corps.

II.

La chlorose est due à une altération du sang.

III.

Dans le traitement de l'hydrocèle, la teinture d'iode peut être substituée avec avantage à l'injection vineuse (M. Velpeau).

IV.

Les érysipèles de la face, quand ils ont un peu d'intensité, doivent être regardés comme des maladies graves, et traités en conséquence.

V.

La meilleure méthode pour faire cesser les douleurs atroces qu'éprouvent les malades affectés de panaris consiste dans le débridement.

VI.

L'application des sangsues sur le col de l'utérus est un excellent moyen que possède la thérapeutique, dans le traitement des affections

chroniques de cet organe : c'est surtout dans le cas d'engorgement inflammatoire du col de la matrice qu'on en obtient des résultats aussi prompts qu'avantageux.

VII.

L'acide hydrochlorique pur est un spécifique héroïque pour combattre le ptyalisme mercuriel.

VIII.

Une simple écharpe placée sous le coude, de manière à le soutenir ainsi que l'avant-bras, en même temps que le bras est rapproché du tronc, une bonne position du tronc et de l'épaule, sont, dans presque tous les cas de fracture de la clavicule, préférables à tous les bandages indiqués.

IX.

L'érysipèle du cuir chevelu produit souvent des symptômes cérébraux qui font naturellement craindre une inflammation du cerveau ou de ses membranes, surtout quand au délire se joint de la stupeur; cette lésion de l'encéphale manque quelquefois : ce n'est qu'un *délire sympathique*, comme on le nomme vulgairement. Quoiqu'il importe au praticien de distinguer ces deux états, l'erreur ne serait cependant pas d'une grande importance, puisque, lorsqu'il existe des phénomènes cérébraux, on doit agir avec l'énergie que commande une lésion de l'encéphale.

X.

La cessation des mouvements du fœtus dans le sein de la mère, l'absence du souffle placentaire, l'absence du bruit des battements du cœur fœtal, la sensation d'un corps qui se déplace dans les mouve-

ments de la femme, dans la position horizontale, indiquent toujours, à bien peu d'exceptions près, la mort du fœtus.

XI.

L'hémoptysie, en général, est plus souvent symptomatique de la phthisie chez l'homme que chez la femme.

XII.

Les tissus cancéreux ulcérés tendent quelquefois à la cicatrisation; mais cette cicatrisation n'a qu'une durée temporaire, et n'exerce aucune influence sur la marche ultérieure du cancer (M. Robert, thèse de concours pour la chaire de médecine opératoire, p. 39).

XIII.

L'insertion du placenta sur le col détermine toujours des hémorrhagies avant l'accouchement. Les hémorrhagies ne commencent à devenir inquiétantes que lorsque le col commence à s'entr'ouvrir.

XIV.

L'hystérotomie, après la mort, doit être pratiquée immédiatement, le fœtus ayant d'autant plus de chance de vie après la mort de la mère, que l'opération a été pratiquée à une époque moins reculée (Devilliers, thèse inaugurale).

XV.

Quand on pratique l'hystérotomie après la mort de la mère, on doit prendre autant de précautions que si la mère était vivante.

XVI.

La conjonctivite blennorrhagique est l'espèce la plus fâcheuse des conjonctivites purulentes.

XVII.

Les foyers purulents très-étendus du sein, chez la femme dans l'état puerpéral, contiennent toujours une assez grande quantité de lait.

XVIII.

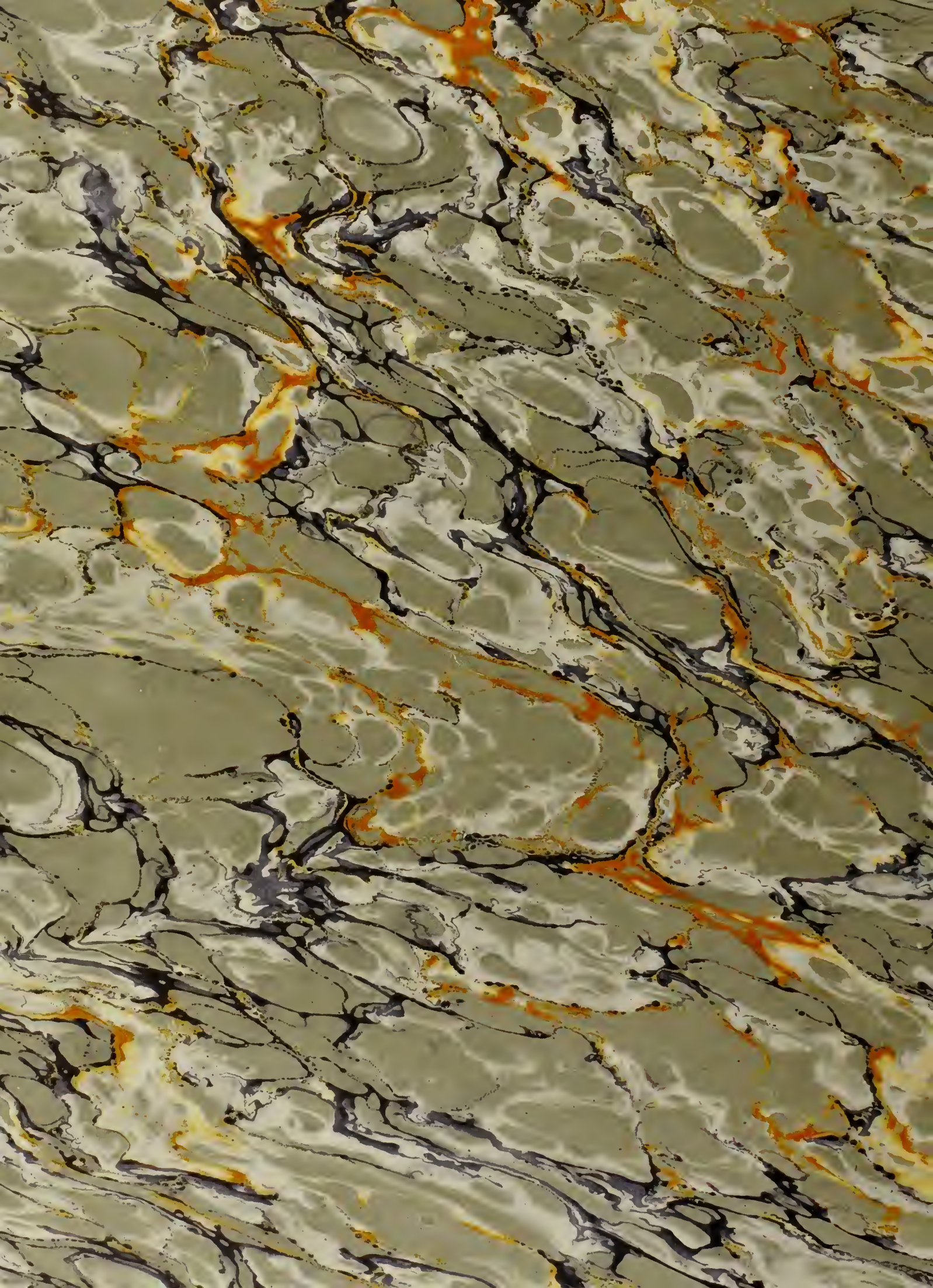
Le pus des abcès des grandes lèvres offre souvent une fétidité remarquable. Ces abcès doivent être largement ouverts.

XIX.

Dans les engorgements du testicule qui pourraient nécessiter son ablation, on doit, dans la plupart des cas, avant cette ablation, faire subir au malade un traitement mercuriel.

XX.

Dans les abcès du testicule, le chirurgien doit se garder de porter l'instrument tranchant dans le foyer.

XXI.

La compression peut être employée comme moyen hémostatique provisoire, ou comme moyen définitif.